Migração e Saúde

Módulo 4 Humanização do cuidado em saúde da pessoa migrante

Fundação Escola Nacional de Administração Pública

Presidente
Diogo Godinho Ramos Costa

Diretor de Desenvolvimento Profissional
Paulo Marques

Coordenador-Geral de Produção Web
Carlos Eduardo dos Santos

Equipe responsável
Alexandre Santos (conteudista, 2020)
Cindy Nagel Moura de Souza (revisora, 2020)
Ana Carla Gualberto Cardoso (desenhista gráfica, 2021)
Adriana C. G. dos Santos Gadioli (coordenadora, 2021)
Geisiane do Nascimento Silva Basso (coordenadora, 2021)
Thiego Carlos da Silva (designer instrucional; implementador Rise, 2021)
Guilherme Teles da Mota (implementador moodle, 2021)

Desenvolvimento do curso realizado no âmbito do acordo de Cooperação Técnica FUB / CDT / Laboratório Latitude e Enap.

Fonte das imagens modificadas e utilizadas no curso: Freepik e Blackillustrations

Curso produzido em Brasília, 2021.

Enap, 2021

Enap Escola Nacional de Administração Pública
Diretoria de Educação Continuada
SAIS - Área 2-A - 70610-900 — Brasília, DF

Sumário

Módulo 4 Humanização do cuidado em saúde da pessoa migrante

Unidade 1. Boas práticas no cuidado em saúde da pessoa migrante

Objetivo de aprendizagem

Identificar o conceito de interculturalidade e como este se aplica no cuidado em saúde.

1.1 Conceito e abordagem intercultural em saúde

Nas últimas décadas, com o aumento acelerado do fenômeno da globalização, do comércio internacional, da mobilização humana, das facilidades para atravessar fronteiras (virtuais e reais) e dos novos meios de comunicação nos deparamos cada vez mais com pessoas diferentes na maneira de pensar, de vestir, de se comunicar, de expressar suas ideias e crenças. Estamos cada vez mais em contato com pessoas, lugares, objetos e situações que nos remetem a diferentes culturas, em uma troca constante.

Mas o que é essa troca entre culturas ou interculturalidade, afinal?

Conceitualmente interculturalidade é a troca equitativa entre culturas e em condições de igualdade. Ocorre a partir do contato, comunicação e aprendizagem permanente entre pessoas, grupos, conhecimentos, valores, tradições, lógicas e racionalidades distintas, orientados a construir o respeito mútuo, desenvolvendo plenamente as capacidades individuais e coletivas, sobrepondo-se às suas diferenças culturais e sociais (WALSH, 2009).

Na prática a interculturalidade ocorre de forma dialógica entre todas as partes que se escutam mutuamente. Cada parte interlocutora apreende o que for possível da outra, e quando não couber, reconhece e respeita as particularidades da narrativa que lhe difere. Interculturalidade é tida como a base fundamental para a coexistência (RUZANY ; GROSSMAN, 2016).

A interculturalidade pode ser também entendida como uma série de propostas de convivência democrática entre diferentes culturas que se integram sem anular suas diversidades (UFBA, 2020).

DESTAQUE

> **A partir do conceito intercultural, a sua aplicação em saúde condiciona que todos assumam uma postura crítica de abertura, rompendo com o posicionamento dominante do saber técnico e abandonando de vez o conceito da pessoa que recebe o cuidado como paciente. Procura-se estabelecer uma relação de diálogo, com respeito mútuo que busque o consenso entre os saberes para que se chegue à construção de um cuidado em saúde mais completo, sem o comprometimento da individualidade dos sujeitos envolvidos (RUZANY ; GROSSMAN, 2016).**

O que pode ser sugerido para implementação de abordagens interculturais em serviços de saúde no contexto de migrações? A Organização Internacional para Migrações traz algumas sugestões:

- Considerar que tanto as pessoas migrantes como os profissionais de saúde, pessoal administrativo de hospitais e centros de saúde possuem suposições e crenças diferentes sobre o cuidado em saúde.

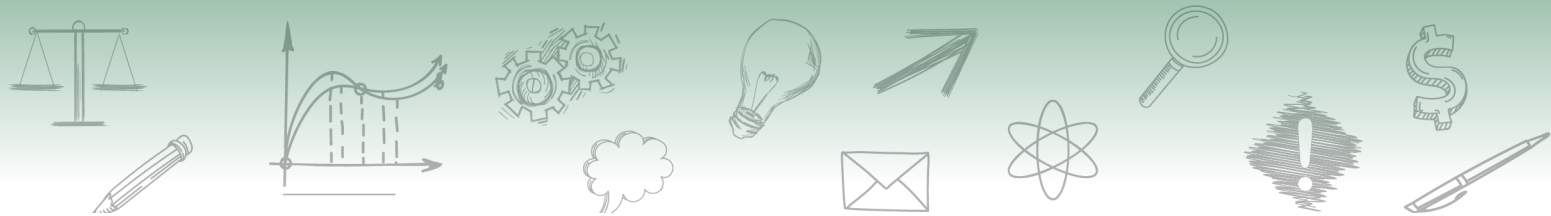
- Aumentar o conhecimento sobre as crenças que as diversas culturas constroem sobre saúde.

- Conhecer e compreender o contexto social e cultural em que funcionam os serviços de saúde: está localizado em uma zona com muitos migrantes? Qual é o seu pertencimento nacional e ético fundamental? Isso incide em uma forma de atenção mais adequada?

- Relacionar certos sintomas ou processo de saúde-doença em um contexto mais amplo, em que se reconhecem elementos próprios da situação de migração pela qual passa o paciente, mas também sua trajetória no país de origem: em que trabalha e em que trabalhava? Como era a sua vida antes de agora? Com quem vivia antes e quem é a sua companhia na migração?

- Na interação pontual com um paciente migrante, perguntar ou observar se o migrante realmente compreende o idioma utilizado na comunicação ou se há dificuldade para entender. Se necessário buscar uma pessoa da família que o acompanhe e possa apoiar na comunicação; consultar o profissional do centro de saúde; se possível utilizar um intérprete ou meios gráficos de comunicação: desenhos, sinalização de partes do corpo etc.

- Se possível, escrever o diagnóstico ou as indicações para que o migrante, caso não possa compreender ou lembrar, ou alguém possa ler o resultado da consulta. Essa medida não é demorada e pode evitar vários mal-entendidos e atrasos.

- Profissional de saúde: explicar com clareza a situação do paciente e perguntar se ele compreendeu bem, porque é possível que parte da informação não tenha sido captada.

- Paciente migrante: se necessário, pedir para repetir a informação ou esclarecer o que não foi entendido; anotar o que conversado para não esquecer. É um direito do paciente conhecer seu estado de saúde e é uma obrigação dos profissionais em colaborar com esse objetivo.

- Considerar a importância de atender os elementos que formam parte da comunicação não verbal. Os sentidos dos seres humanos, os gestos, as expressões, os movimentos do corpo e o espaço podem ser utilizados de várias maneiras, de acordo com o pertencimento cultural dos sujeitos.

Fonte: OIM (2017) https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/guia_migraciones.pdf

1.2 Acolhimento e respeito em saúde de migrantes

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que existe desde 2003, e significa: "reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde". O acolhimento deve sustentar a relação entre as equipes dos serviços de saúde e seus usuários, buscando o estabelecimento de vínculos de confiança e compromissos entre as partes, incluindo suas redes s ocio afetivas (parceiros ou parceiras, familiares, amigos, membros da comunidade etc.).

O acolhimento da pessoa migrante no âmbito da saúde deve levar em conta a interculturalidade e uma possível diferença de idioma, desenvolvendo uma escuta qualificada voltada às suas necessidades. Deve-se favorecer e garantir o acesso oportuno dessas pessoas às tecnologias adequadas às suas necessidades, aumentando a efetividade das práticas de saúde. Resguardado pelo princípio da equidade do SUS, o acolhimento adequado permite que todos sejam atendidos de forma singular, levando em consideração a avaliação de seus determinantes sociais de saúde específicos, suas vulnerabilidades, gravidade e risco dos condicionantes de saúde (BRASIL, 2016).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) visa promover mudanças referentes à cultura de atendimento em saúde no Brasil, levando em conta a diversidade cultural da população brasileira, assim como as particularidades envolvidas no cuidado de pessoas migrantes. Os conceitos envolvidos nas tarefas da PNH são: acolhimento, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, gestão participativa e cogestão, defesa dos direitos dos usuários e valorização do trabalhador (DEUS, 2008).

A partir de um acolhimento humanizado, o ambiente de saúde ao qual a pessoa migrante irá receber o cuidado torna-se um espaço familiar, que leva em consideração suas vivências e valores, evitando qualquer forma de discriminação e perda de autonomia (DEUS, 2008).

A rede HumanizaSUS é um espaço concedido por meio da Política Nacional de Humanização com o objetivo de oportunizar melhorias no SUS à luz dos seus princípios, diretrizes e métodos. Sua principal característica é permitir que as pessoas motivadas sobre o tema possam propiciar reflexões e colaborar na formação e na troca de experiências sobre o cuidado realizado nos mais diversos cenários, no tocante à sensibilização para o respeito às singularidades da população brasileira.

Vídeo de apresentação da Rede HumanizaSUS
Fonte: http://redehumanizasus.net/.

Um exemplo de trabalho em defesa da facilitação do diálogo intercultural é visto no engajamento de grupos pela convergência de culturas, tais como o exemplo da equipe de base Warmis, que desenvolve diversos projetos relativos ao combate à violência obstétrica, empoderamento de mulheres migrantes, grupos de estudos em torno da temática da migração entre outros. Para mai s informações sobre a equipe e o trabalho do grupo acesse o *link*: http://www.warmis.org/.

Outro exemplo de defesa da humanização, do acolhimento em saúde e da importância da interculturalidade em saúde pode ser visto na página do Instituto Nômades, de Pernambuco, que tem por missão contribuir para a construção de relações sociais humanizadas, emancipatórias e sustentáveis, baseadas na pluralidade de poderes, saberes e identidades. http://www.institutonomades.org.br/.

PARTO INTERCULTURAL: acolhimento, humanização e interculturalidade

Um exemplo de valorização da interculturalidade em saúde inclui-se na política de atenção ao parto humanizado. A busca da valorização histórica dos saberes e práticas de atenção ao parto tem sido mobilizada por meio do projeto do Instituto Nômades, de Pernambuco que já solicitou entrada no Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan/PE) em parceria com o Grupo Curumim, a Associação das Parteiras Tradicionais de Caruaru e a Associação das Parteiras Tradicionais e Hospitalares de Jaboatão dos Guararapes (BRASIL, 2014).

Durante a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento a interculturalidade nos sistemas de saúde foi tema marcante, e foram divulgadas algumas iniciativas reconhecidas pela valorização de saberes das parteiras tradicionais em diferentes movimentos sociais da América Latina (BRASIL, 2014).

SAIBA MAIS

Acesse as temáticas centrais da III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento no *link* :http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/eventos/iii-conferencia-internacional-sobre-humanizacao-do-parto-e-nascimento

Os indivíduos podem migrar em busca de melhorias de vida , tanto para dentro quanto para fora de seus territórios nacionais. O direito a migrar é um direto fundamental do ser humano. A migração de mulheres soma-se ao fenômeno da mobilidade humana, sendo que cada vez mais mulheres emigram sozinhas, independente de reunificação familiar, apontando assim para um crescimento da migração feminina (RAMOS, 2012).

Quanto à maternidade dessas mulheres em processo migratório, é possível que, dependendo das circunstâncias de migração, observem-se certas vulnerabilidades frente à gravidez. O processo de nascimento é considerado por alguns autores como um momento de ruptura, psíquico e físico, a partir de uma separação fisiológica que se estabelece. Em certos casos, observa-se o desenvolvimento de sofrimento psíquico em função dessa separação, que pode ser agravado por certos determinantes sociais, no qual se enquadraria o processo migratório dessas mulheres. Aspectos culturais podem se sobrepor ao *stress* da gravidez e do parto, somados o fato do trânsito e da adaptação ao destino podem aumentar a sensação de isolamento e solidão. Para mulheres que vêm de culturas mais tradicionais, em que a criança e a mãe normalmente recebem cuidados da família e da comunidade em que vivem, a adaptação a uma cultura diferente e a distância da família podem pesar significativamente na percepção do cuidado em relação ao parto e ao puerpério. Assim, o processo migratório pode trazer rupturas na rede de suporte social e cultural da mulher grávida migrante, contribuindo para o surgimento de sentimento de tristeza, incapacidade, ansiedade e depressão (RAMOS, 2012).

Dar a luz longe da família e de sua cultura, para algumas mulheres, pode se confundir com sentimento de luto e gerar conflitos no papel materno. Em alguns casos, as mulheres migrantes podem ter dificuldade em identificar e conhecer adequadamente os serviços de saúde e seguridade social de que têm direito, podendo fazer com que busquem os serviços de saúde com menor frequência que a desejada.

Assim, o acompanhamento e o cuidado do pré-natal, do parto, do puerpério e do planejamento familiar podem ser prejudicados. Desta forma, o processo migratório pode representar um importante determinante social de saúde para a mulher migrante, que pode encontrar maior dificuldade de acesso a métodos contraceptivos, orientações de saúde reprodutiva e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Tais desafios podem levar à maior incidência de gravidez

indesejada, aborto, recém-nascidos com baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal e infantil (RAMOS, 2012).

A prefeitura do município de São Paulo, em parceria com a equipe de base Warmis, vem atuando para a humanização do atendimento das mulheres migrantes no município, capacitando equipes de saúde para o manejo da população de pessoas migrantes e disponibilização de material educativo com considerações sobre o atendimento ao parto e ao nascimento para mulheres migrantes.

SAIBA MAIS

Veja o material produzido pela equipe de base Warmis e disponibilizado na página da prefeitura de São Paulo aqui: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PARTOMULHERESIMIGRANTES1.pdf

Outros materiais desenvolvidos pela Warmis sobre acesso ao SUS, parto humanizado e violência obstétrica podem ser encontrados na página do grupo: http://www.warmis.org/materiais.html

1.3 A segurança do paciente em contextos interculturais

O ambiente dos serviços de saúde e as próprias atividades e procedimentos envolvidos no cuidado podem levar a situações de risco de dano à saúde dos usuários do sistema. Neste contexto, a bioética aponta para dois princípios essenciais a serem observados no cuidado em saúde: os princípios da beneficência e da não maleficência (CFM, 1998).

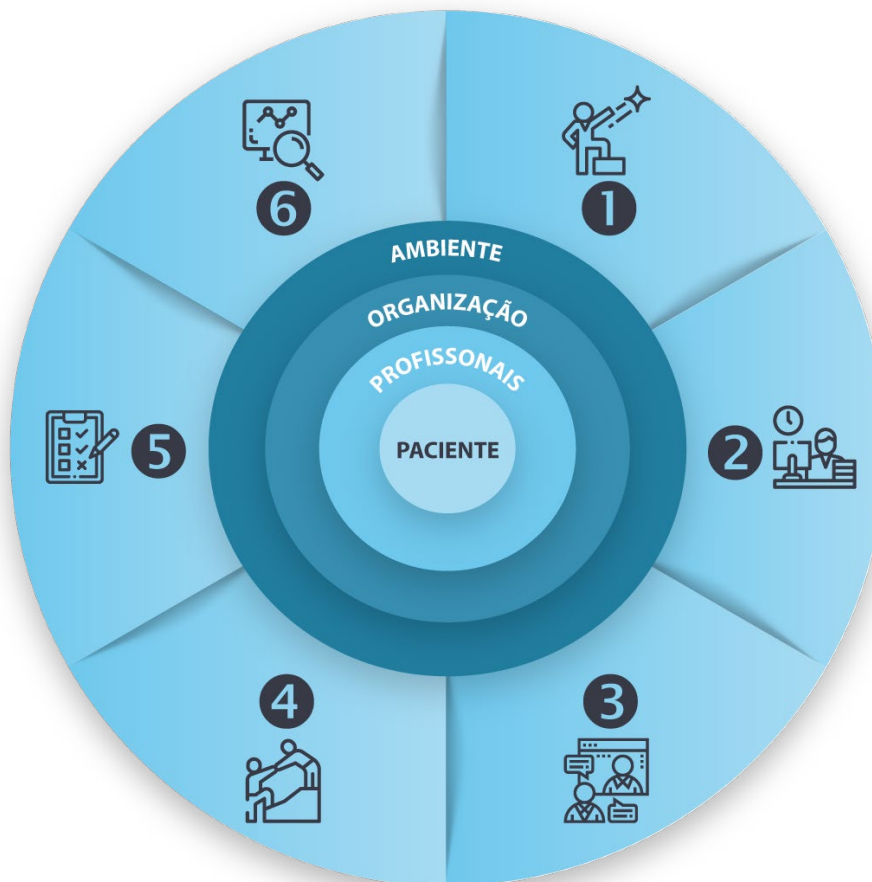
O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo às pessoas em cada etapa do cuidado em saúde. O princípio da não maleficência concerne à proibição ética de causar dano deliberado. Assim, é universalmente aceito que a finalidade do cuidado em saúde é a de buscar o bem-estar biopsicossocial do paciente, ao mesmo tempo em que se reduz ao máximo os efeitos adversos das ações diagnósticas e terapêuticas (CREMESP, 2020).

A Organização Mundial de Saúde também reforça a necessidade de os princípios da beneficência e da não malevolência estejam presentes em todas as decisões do cuidado em saúde, ou seja, devem produzir o bem sem causar mal ao paciente.

Alguns dados sobre falhas na segurança do paciente disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde incluem:

Magnitude	Incidência	Medicamentos
4 de 10 Até 4 em cada 10 pacientes são prejudicados em ambientes de atenção primária e ambulatorial.	**134 milhões** 134 milhões de eventos adversos ocorrem anualmente em hospitais, contribuindo para 2,6 milhões de mortes anualmente devido aos cuidados inseguros.	**US$ 42 bilhões** Erros de medicação custam cerca de 42 bilhões de dólares por ano.

Fonte: https://www.who.int/patientsafety/en/

A segurança do paciente pode ser definida como o conjunto de ações que levam a ausência de danos previstos ao paciente durante os cuidados assistenciais e a redução do risco desnecessário relacionado a intervenções de saúde em padrões minimamente aceitáveis (incluindo as decisões de não executar o plano terapêutico e a mudança d este) (OMS, 2017).

❶ Incentivo à pesquisa e implementação de procedimentos baseados em evidências
❷ Orientação clara e fornecimento de ferramentas adequadas de trabalho
❸ Qualificação e suporte técnico (presencial ou telemedicina)
❹ Construção de parcerias e ambiente colaborativo e participativo
❺ Estabelecimento e realização de medidas de monitoramento, avaliação e controle
❻ Incentivo à pesquisa e implementação de procedimentos baseados em evidências

Fonte: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf;jsessionid=4B442B529310C637E2D1C355EC4782E4?sequence=1

Algumas orientações com o objetivo de mobilizar os sistemas de saúde a garantir segurança ao paciente incluem uma abordagem centrada em:

- O usuário (paciente) deve estar no centro do cuidado. Todas as ações de saúde devem visar o seu completo bem-estar e/ou o seu restabelecimento. Se possível, deve-se contar com participação ativa na elaboração d o plano terapêutico, levando em conta: individualidade, limitações, anseios e cultura ;

- Todos os profissionais de saúde, cuidadores e demais agentes envolvidos no cuidado devem ser incentivados a participar da construção e conhecer o plano terapêutico proposto ao(s) usuário(s) ;

- A organização das atividades deve ser clara, eficiente e focada na centralidade do paciente quanto ao seu cuidado ;

- O ambiente estabelecido para o cuidado deve ser acolhedor, adequado e adaptado às necessidades físicas, psicológicas e sociais dos usuários. O paciente deve reconhecer o ambiente em que recebe o cuidado como uma vivência familiar e amigável ;

- Deve-se promover a participação de lideranças locais na formulação de políticas estratégicas que visem a segurança do paciente ;

- As orientações quanto a procedimentos, normas de segurança, utilização correta de equipamentos, insumos e medicamentos devem ser claras, simples e compreendidas por todos os envolvidos no cuidado, incluindo pacientes , familiares, profissionais de saúde e pessoal de apoio, como profissionais de limpeza e administrativos que participem diretamente ou não do cuidado do paciente ;

- Ferramentas de trabalho, incluindo equipamentos, instrumentos, materiais e insumos, equipamentos de proteção entre outros devem ser adequados ao cuidado e disponíveis em boas condições de uso ;

- Deve-se garantir a qualificação do trabalho da equipe de saúde, cuidadores e familiares por meio de educação permanente e suporte, que pode ser feito de forma presencial ou mesmo por telemedicina ;

- O estabelecimento de parcerias e de um ambiente colaborativo e participativo deve envolver etapas de consulta à comunidade, familiares, profissionais locais e demais lideranças, visando a aceitação e participação de todos na construção de um ambiente seguro para o paciente ;

- O monitoramento e a avaliação da implementação das medidas devem se pautados no objetivo de alcance dos melhores resultados que visem a segurança do paciente. O monitoramento de eventos e incidentes deve evitar ao máximo no desencadeamento de medidas punitivas, evitando, assim, a perpetuação da cultura em esconder erros procedimentais. O objetivo do monitoramento deve ser o de aprender com os erros e os acertos ; e

- A implementação e o estabelecimento de planos terapêuticos devem basear-se na evidência científica e no conhecimento vigente, levando em consideração, ainda, a aceitação cultural, a escolha e a autodeterminação da pessoa sob cuidado (OMS, 2017).

No Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente é regulamentada por meio da Portaria MS/GM nº 529/2013 e estabelece protocolos elementares embasados em algumas das recomendações da OMS, que incluem:

- Atenção à identificação do paciente;

- Comunicação adequada no ambiente dos estabelecimentos de saúde;
- Adoção e ênfase na prática de higienização das mãos;
- Atenção à segurança na prescrição e uso de cuidados medicamentosos e cirúrgicos;
- Prevenção de quedas;
- Prevenção de lesão por pressão;
- Atenção à segurança na transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e
- U so seguro dos recursos materiais (BRASIL, 2014).

Cartaz informativo sobre a segurança do paciente elaborado pelo Ministério da Saúde
Fonte: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/05/Cartazt.pdf

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a Política Nacional de Segurança do Paciente no Brasil, acesse o caminho eletrônico do Ministério da Saúde : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

Em geral a segurança do paciente é tratada na literatura e em documentos oficiais apenas em termos de segurança física. A abordagem da segurança do paciente em um contexto multicultural requer que o profissional de saúde possa reconhecer e valorizar as diferenças culturais na área da saúde relativa aos valores, crenças e costumes dos pacientes. Cuidados em saúde culturalmente competentes podem ajudar a alcançar a satisfação do paciente e melhores resultados no tratamento de saúde.

A Organização Mundial de Saúde estima que a adoção de políticas que visem a centralidade do paciente no cuidado valorize :

- Diminuição de riscos e danos de lesões e sofrimentos relacionados ao cuidado
- Alcance de melhores resultados em saúde
- Progressão da experiência e satisfação dos usuários
- Redução de custos relacionados ao cuidado

1.4 Reconhecimento e superação do preconceito, discriminação e xenofobia em saúde

A aprovação no Brasil, em 2017, da Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) introduziu mudanças na questão de migração, antes regulada pelo antigo Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815 /1980). Este importante marco legal introduziu avanços de ordem institucional, oriundo de um processo de mobilização social que levou a superação da herança legal autoritária, uma vez que o antigo Estatuto do Estrangeiro se pautava mais por uma lógica de segurança nacional do que de construção de uma sociedade inclusiva e firmada nos alicerces dos direitos humanos fundamentais (BAGGIO; SARTORETTO, 2019). A própria substituição do termo "estrangeiro" (termo em desuso por estar associado a uma ideia de não pertencimento da pessoa ao país de acolhida) pelo termo "migrante" reflete o alinhamento da nova l ei com as premissas colocadas pela Constituição de 19 88 e pelas normativas internacionais sobre o tema.

O fenômeno da xenofobia parece encontrar raízes na crença de que as diferenças culturais e físicas podem ameaçar sociedade e cultura local, uma vez as pessoas constroem uma identidade para elas mesmas baseadas nessas características. Uma vez que a cultura é moldável pela influência do contato com outros saberes, o temor de perda de identidade cultural do local de

acolhida é facilmente difundido entre as pessoas, que não consideram a possibilidade de que mudanças geralmente podem trazer ampliação de conhecimentos e enriquecimento cultural para a sociedade (PEREIRA; FONSECA, 2017).

A xenofobia é uma forma de violência e caracteriza uma violação dos direitos humanos e dos princípios constitucionais brasileiros. Preconceitos, principalmente os inseridos pelos meios de comunicação, podem levar à minimização da garantia dos direitos primários, ao reducionismo da mão de obra da pessoa migrante à esfera da economia informal e à dificuldade de acesso à educação e à saúde. (PEREIRA; FONSECA, 2017).

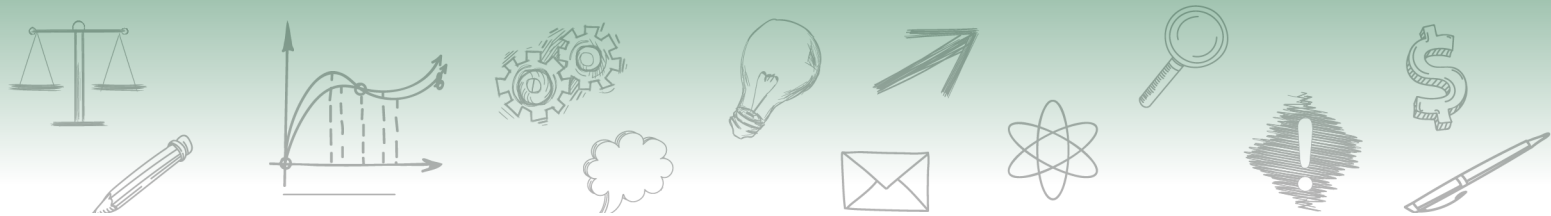
A construção de uma sociedade plural, diversa, pode ser muito beneficiada com a presença de migrantes. A população migrante, assim, possibilita a transformação da sociedade local em um centro cosmopolita, cabendo ao Estado garantir a segurança e o conforto das pessoas em seu território, com benefícios para todos, incluindo migrantes e população local do território de acolhida (PEREIRA; FONSECA, 2017).

O direito do cidadão a um tratamento livre de preconceito e qualquer forma de discriminação está declarado na Constituição Federal, na Lei Orgânica do SUS e na Lei de Migração, trazendo, explicitamente, o princípio do "repúdio" e prevenção à xenofobia, ao racismo e qualquer forma de discriminação.

No entanto, embora existam marcos legais estabelecendo o direito à não discriminação, o sofrimento de preconceitos e as mais diversas formas de discriminação é uma realidade para a maioria dos brasileiros e também para os migrantes. Um canal disponibilizado pelo governo federal para que o migrante possa fazer denúncia é o Disque 100, em que a pessoa pode denunciar diversas violações de direitos humanos, inclusive a xenofobia. Outro canal relevante é a Ouvidoria do SUS, acessada por meio do Disque Saúde 136, onde o usuário pode transmitir reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações relacionadas ao sistema de saúde.

O sistema de saúde e os trabalhadores de saúde envolvidos no cuidado do migrante podem e devem apoiar o combate à discriminação, ao racismo e à xenofobia. O enfrentamento dessas questões passa pela realização de trabalhos de conscientização da população local sobre direitos humanos, direito dos imigrantes, benefícios da migração para o país e para a realidade local de acordo com a realidade vivenciada em cada território. O conhecimento sobre as raízes conceituais e as manifestações do racismo e da xenofobia constituem um passo importante para a superação nos serviços de saúde e comunidades em geral.

Assim, seguem alguns conceitos sobre a forma de agir e pensar das pessoas que podem reforçar a xenofobia e que devem ser reconhecidas, evitadas e combatidas:

> **Estereótipo:** imagem generalizada que as pessoas formam, na mente, a respeito de uma pessoa ou um grupo de pessoas. De certa maneira, isso ajuda a organizar-se na diversidade do mundo e a dar uma noção de como atuar diante do que não é totalmente conhecido. Porém, como baseia -se em um conhecimento escasso e frágil, simplifica e oferece uma visão limitada. Quando apenas por conta da caracterização de uma pessoa form a-se juízos de valor, estamos diante do preconceito.

<u>Preconceito:</u> manifesta-se na atitude em relação a uma pessoa ou a um grupo de pessoas com base no conteúdo do estereó tipo formado sobre ela(s).

<u>Discriminação:</u> quando a atitude influencia na tomada de decisões sobre questões que dizem respeito a essa pessoa, ou ao grupo de pessoas ; o preconceito se torna a base de um ato de discriminação. A discriminação é colocar em prática o que os preconceitos sugerem.

<u>Xenofobia:</u> atitudes, preconceitos e comportamentos que rejeitam, excluem e, frequentemente, difamam pessoas, baseadas na percepção de que elas são intrusas ou estrangeiras para a comunidade, sociedade ou identidade nacional.

Estereó tipo, preconceito, discriminação.
Fonte: OIM (2017)
Xenofobia: glossário da OIM .
Disponível *on-line*: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf

Para saber mais como lidar com o racismo, o preconceito e a xenofobia acesse o caminho eletrônico do Instituto de Migrações e Direitos Humanos (IMDH):

https://www.migrante.org.br/artigos-e-textos/

https://www.migrante.org.br/publicacoes/artigos-e-textos/artigo-geopoliticas-migratorias-insercion-laboral-y-xenofobia-migrantes-venezolanos-en-ecuador/

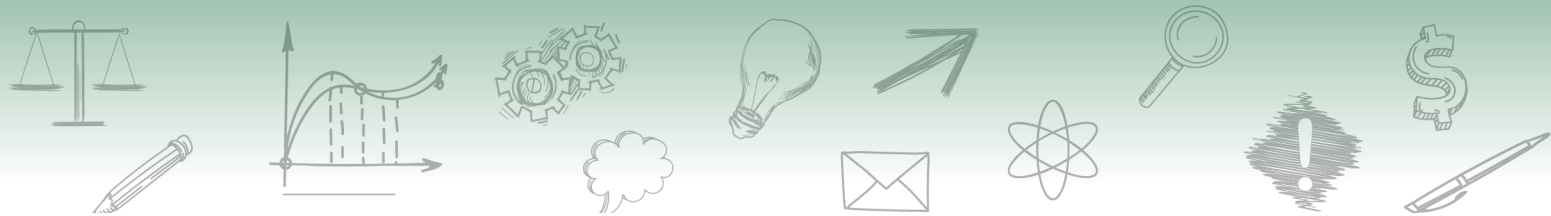
Unidade 2. Tópicos especiais em saúde e migração

Objetivo de aprendizagem

Identificar a existência do fenômeno de tráfico de pessoas, assim como estratégias para reconhecer e lidar com possíveis vítimas no âmbito da saúde pública.

2.1 Cuidados em saúde de vítimas de tráfico de pessoas

Imagem alusiva à pessoa vítima de tráfico humano
Fonte: https://nacoesunidas.org/agencia-da-onu-lanca-nova-versao-de-plataforma-sobre-trafico-humano/

A preocupação crescente com o enfrentamento ao tráfico de pessoas exigiu dos Estados membros das Nações Unidas a adoção de medidas que visassem a prevenção, repressão e punição desta prática. Assim, em 2000, foi adotado o Protocolo Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em especial mulheres e crianças, que complementa a Convenção das Nações Unidas contra o crime organizado transnacional. O protocolo adicional, também conhecido como Protocolo de Palermo, define o tráfico de pessoas como:

Atos como:	Por meio de:	Com a finalidade de exploração, que incluirá no mínimo:
• Recrutamento • Transporte • Transferência • Alojamento • Acolhimento	• Ameaça; • Uso da força; • Outras formas de coação; • Rapto; • Fraude ou engano; • Abuso de autoridade; • Aproveitamento de situação de vulnerabilidade; e • Aceitação de pagamentos ou benefícios para obter o consentimento de uma pessoa sobre a qual tenha autoridade.	• Prostituição de outrem • Outras formas de exploração sexual • Trabalho ou serviços forçados • Escravatura ou práticas similares • Servidão • Remoção de órgãos

A legislação brasileira abordava apenas a modalidade por exploração sexual. Em 2016 foi promulgada a Lei nº 13.344/2016, que dispõe sobre a prevenção e repressão ao tráfico interno e internacional de pessoas e sobre medidas de atenção às vítimas entre outras determinações. A legislação penal brasileira alinhou-se à normativa internacional e passou a definir tráfico de pessoas da seguinte forma:

Art. 149-A. Agenciar, aliciar, recrutar, transportar, transferir, comprar, alojar ou acolher pessoa, mediante grave ameaça, violência, coação, fraude ou abuso, com a finalidade de:

I – remover-lhe órgãos, tecidos ou partes do corpo;

II – submetê-la a trabalho em condições análogas ao de escravo;

III – submetê-la a qualquer tipo de servidão;

IV – adoção ilegal; ou

V – exploração sexual.

O tráfico de pessoas deve ser compreendido pelos profissionais de saúde como um risco grave para a saúde da pessoa. Como outras formas de violência, está associado a danos físicos e psicológicos.

Uma vítima do tráfico pode ser encaminhada a um profissional de saúde; um paciente pode relatar uma experiência de tráfico; ou, ainda, um profissional pode detectar sinais que sugiram que um indivíduo foi vítima do tráfico. O profissional de saúde informado e atento pode desempenhar um papel importante na assistência e no tratamento de pessoas que podem ter sofrido repetidos abusos.

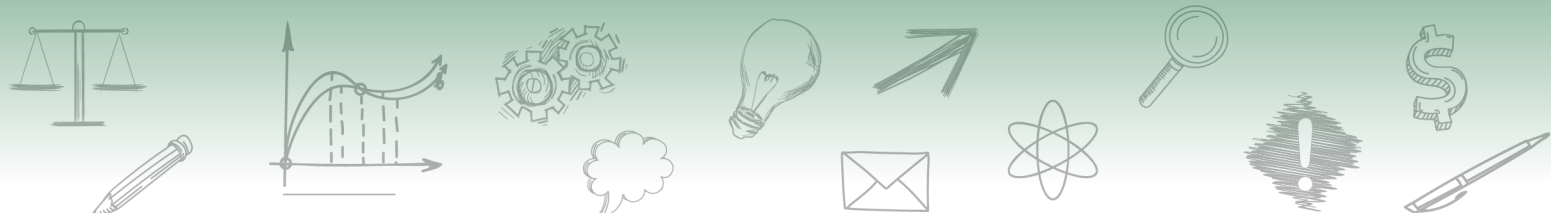
Os cuidados com a saúde são uma forma central de prevenção e de suporte na rede de medidas de assistência no combate ao tráfico de pessoas.

As vítimas de tráfico, bem como vítimas de outras formas de abuso, apresentam lesões e doenças que frequentemente são atendidas pelo setor da saúde, que acaba se encarregando de resolver o problema de uma forma segura e confidencial. É preciso estar atento a uma vítima do tráfico, pois o contato com alguém do setor da saúde pode ser a primeira – ou a única – oportunidade para ela explicar o que aconteceu ou pedir ajuda.

O tráfico de pessoas é um crime que pode ser facilmente confundido com outras situações de alto risco para os migrantes, incluindo o contrabando de migrantes e exploração do trabalho. Embora haja distinções legais entre essas modalidades de crime, é frequente as semelhanças entre os riscos para a saúde e as necessidades das pessoas nessas diferentes circunstâncias. Para profissionais de saúde, essas distinções não devem afetar o grau de cuidado aos pacientes, mas podem ser importantes na definição de quais alternativas de encaminhamento podem ser tomadas (OIM, 2017).

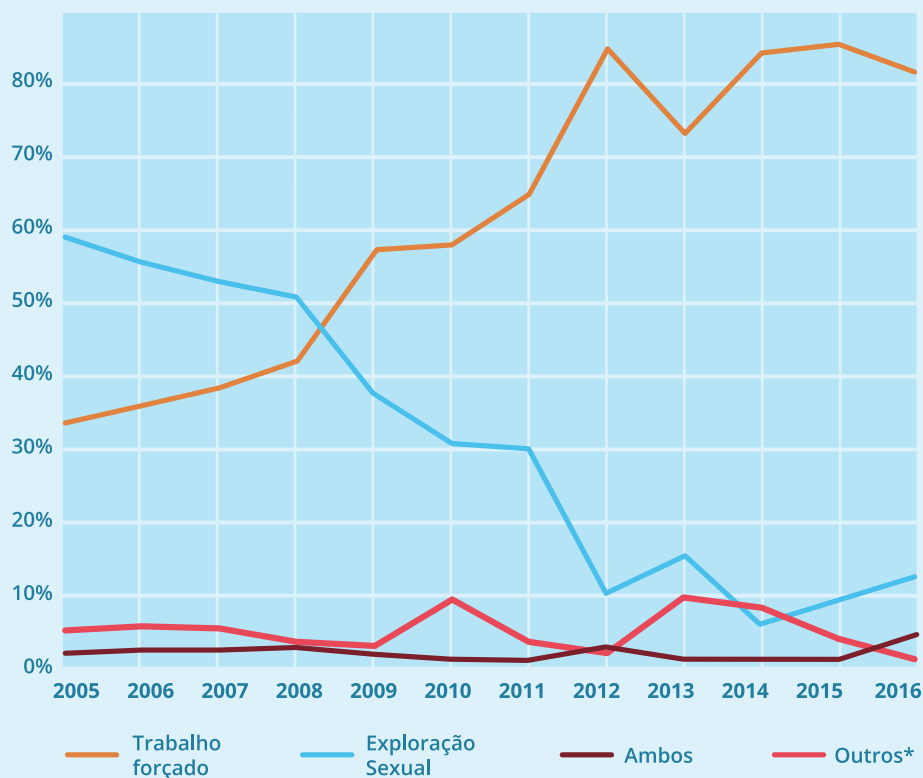
O tráfico de pessoas não representa uma situação isolada e deve ser compreendido como um processo que envolve várias fases, desde o recrutamento, geralmente no local de origem da vítima, até seu retorno e reintegração à comunidade.

O profissional de saúde deve compreender que a vítima de tráfico de pessoas pode até mesmo não compreender o que é tráfico de pessoas, muitas vezes desconhecendo o enquadramento de sua própria situação.

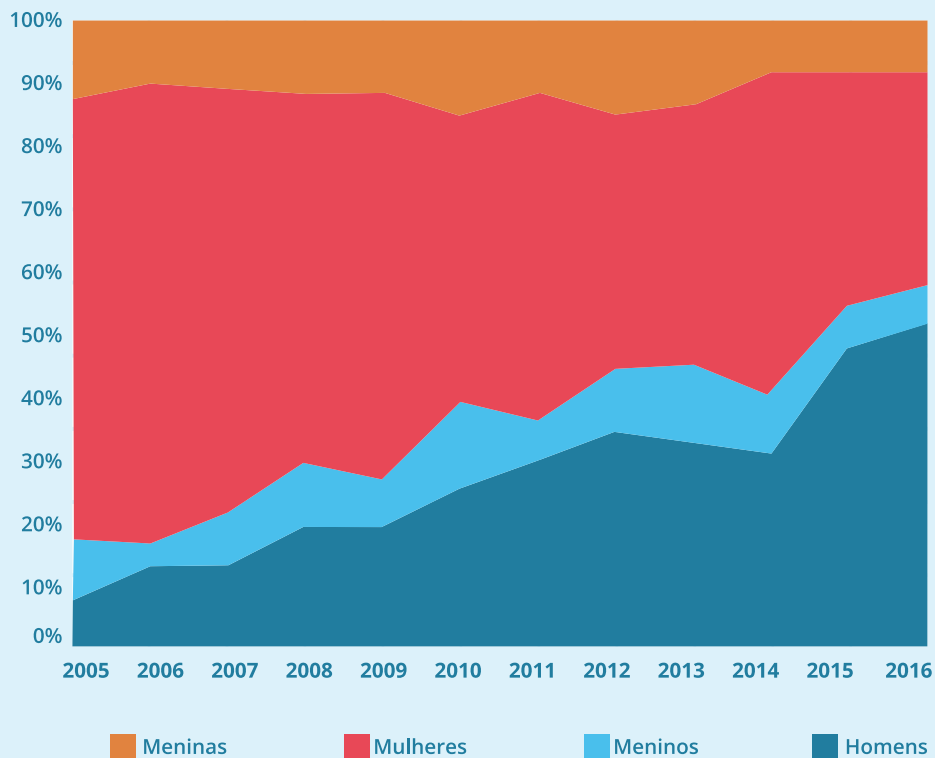
Conhecer os principais tipos de exploração detectadas no mundo ajuda o profissional de saúde a reconhecer possíveis vítimas: trabalhos forçados, exploração sexual e a combinação de ambos parecem ser as principais formas de exploração no tráfico de pessoas. Segundo dados globais, há uma tendência de aumento na exploração por trabalhos forçados, servidão, escravatura e análogos de escravatura em tempos recentes, conforme números obtidos da base de dados globais sobre tráfico de pessoas da OIM.

Formas de exploração indentificadas entre vítimas de tráfico humano, 2005-2016

80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%

2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016

Trabalho forçado
Exploração Sexual
Ambos
Outros*

*Nota: "Outros" incluem casamentos forçados, serviço militar forçado, atividades criminosas, tráfico de órgãos e tecidos humanos

Fonte: OIM - Base de dados globais sobre tráfico humano, 2017

Segundo dados da OIM, a ocorrência de vítimas de tráfico humano do sexo masculino tem apresentado aumento em relação ao feminino nos últimos anos, com associação a exploração para trabalho forçado.

Fonte: OIM, Database Global - Tráfico Humano

A situação das vítimas de tráfico de pessoas pode ser complexa. Para garantir um atendimento adequado é necessário tentar compreender a perspectiva das pessoas nessa situação. Os profissionais de saúde devem estar atentos para algumas características que podem ser observadas em vítimas de tráfico de pessoas:

- Desconhecimento sobre sua própria situação
- Limitação da liberdade individual, ou relatos de se sentimento de prisão e sem saída
- Trabalho sob pressão para pagamento de dívidas
- Temor por represália dos traficantes ou "empregadores"
- Trabalho informal, em condições insalubres, arriscadas ou perigosas
- Preocupação com a situação legal
- Deslocamento habitual de um local a outro

- Sujeição a sanções, multas ou punições por parte de traficantes ou "empregadores"
- Encobrimento voluntário da situação legal (por temor)
- Preocupação com familiares
- Traumatismos que impeçam recordações de fatos e desconfiança com ofertas de ajuda, inclusive profissionais de saúde
- Percepção de que se trata de situação temporária
- Busca de garantias de que não são culpados pelo que lhes aconteceu

Além dos determinantes sociais de saúde gerais ligados ao processo de migração como: relacionados a origem (privação de meios básicos de subsistência, violência, fatores ambientais, pobreza e falta de acesso a serviços de saúde), trânsito (rotas perigosas e insalubres) e destino (exposição a novos condicionantes de saúde, desconhecimento de direitos e do funcionamento do sistema local de saúde, barreiras de comunicação e condições de trabalho insalubres), as vítimas de tráfico de pessoas ainda podem apresentar outros riscos que devem ser considerados:

Condicionantes	Potenciais consequências à saúde
Abuso físico, privação	Ferimentos contusos e corto-contusos, equimoses e hematomas, cortes, queimaduras e fraturas.
Ameaças, intimidação e abuso	Questões de saúde mental, ansiedade, depressão, ideações suicidas, agressividade, recordações passadas e revividas, manifestações persecutórias.
Abuso sexual	Infecções sexualmente transmissíveis, doença inflamatória pélvica, infertilidade, fístula vaginal, gravidez indesejada, aborto inseguro, outras lesões urogenitais.
Uso indevido de substâncias (drogas)	Overdose, intoxicação aguda, dependência.
Restrição social, manipulação e abuso emocional	Ansiedade, depressão e estresse prolongado com fadiga e comprometimento somático geral, retardamento ou mesmo impossibilidade de acesso a cuidados de saúde.

Exploração econômica (servidão por dívida, cálculo enganoso)	Alimentação e bebidas inadequadas, com desequilíbrio hídrico e nutricional, higiene inadequada, problemas dentários.
Insegurança jurídica (atividades ilegais forçadas, confisco de documentos)	Hesitação em buscar cuidados de saúde, temor excessivo e desconfiança de autoridades e profissionais de saúde, com retardamento em procurar cuidados de saúde e agravamento de doenças.
Riscos ocupacionais	Desidratação, lesões físicas, infecções bacterianas, exposição.
Marginalização (barreiras sociais e estruturais, incluindo isolamento, discriminação ; barreiras linguísticas e culturais, dificuldades logísticas com sistema de transporte e procedimentos administrativos)	Ferimentos ou infecções desassistidas, condições debilitantes, problemas de saúde ligados a questões psicossociais.

SAIBA MAIS

Saiba mais sobre assistência às vítimas de tráfico de pessoas no *site* da OIM : https://publications.iom.int/books/assistencia-vitimas-de-trafico-de-pessoas-guia-para-profissionais-da-saude e no *site* do Ministério da Justiça do Brasil: https://www.justica.gov.br/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/anexos/cartilhaguiareferencia.pdf

2.2 Participação social do migrante no SUS

A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS , e tem por base os conceitos de igualdade e justiça. Apesar de se pautar no conceito de igualdade, dele se difere, pelo fato de que muitas vezes a igualdade pode tornar invisível indivíduos e parcelas da população com vulnerabilidades e especificidades pouco reconhecidas ou vivenciadas pela maioria da população. Um bom exemplo dessa invisibilidade se aplica à pessoa migrante, que sendo minoria na sociedade, pode ter suas necessidades não atendidas, seja por ignorância e invisibilidade, seja pelo conjunto de normas estabelecidas para atender a maioria, que pode na verdade traduzir o desejo de quem tem voz para ser ouvida.

Assim, a equidade difere da igualdade, pois garante a igualdade quando as diferenças discriminam, e enfatiza a diferença quando a igualdade oprime. Neste contexto, pelo princípio da equidade, o cuidado e os serviços devem se adequar às diferenças das minorias para que estas tenham suas necessidades específicas atendidas de forma igualitária.

Uma forma prevista para assegurar o atendimento ao princípio da equidade na organização do Sistema Único de Saúde é a participação popular ou o controle social. Assim, de forma paritária, são organizados conselhos populares nas diferenças esferas de gestão do SUS, garantindo voz e participação dos diferentes segmentos presentes na estrutura social brasileira.

A participação social no SUS está disposta na Lei nº 8.142 que "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências". A traz as instâncias colegiadas em que a comunidade pode participar da gestão do SUS por meio de seus representantes: conferência de saúde e conselho de saúde (BRASIL, 1990).

Gozando de igualdade de direitos, não há nenhum impedimento legal da participação social do migrante no controle social Sistema Único de Saúde. Na verdade, sistemas de saúde inclusivos e que envolvem a sua população migrante em todas as fases da sua gestão têm demonstrado serem muito mais eficazes na resolução de problemas de saúde da comunidade e de migrantes.

Os determinantes sociais de saúde específicos das pessoas migrantes podem ser mais bem debatidos e abordados a partir da participação direta destas pessoas nos conselhos locais de unidades, conselhos municipais e estaduais. O Conselho Nacional de Saúde, com sede em Brasília /DF, carece de maior participação, até momento de representantes de usuários com as especificidades da população migrante.

Aqui, a discussão não deve ser "se" a pessoa migrante pode participar, mas como fazer com que ela participe ativamente para que os sistemas, serviços e profissionais de saúde, além da própria população migrante se beneficie desta abordagem inclusiva de gestão.

No âmbito federal a participação popular e o controle social do SUS se dá no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que é uma instância colegiada, deliberativa e permanente.

O CNS integra a estrutura organizacional (organograma) do Ministério da Saúde, e sua criação se deu em 1937.

O CNS tem por missão:

Fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de controle social na saúde[1].

1_ Fonte: https://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm

Uma das áreas temáticas do CNS refere-se à promoção da equidade. O CNS conta com a comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade (Cippe), que tem como função acompanhar as políticas de promoção da equidade em saúde. A Cippe tem o objetivo de garantir o acesso integral, humanizado e de qualidade em todos os níveis da rede de atenção no SUS para as pessoas em situação de vulnerabilidade. Apesar da existência da Cippe, a participação das pessoas migrantes no âmbito do CNS ainda se dá de forma tímida e pouco expressiva. No entanto, as discussões sobre determinantes sociais relacionados aos condicionantes de saúde das pessoas migrantes fazem parte das discussões da CNS.

O conselho é composto por 48 conselheiros(as) titulares e seus respectivos primeiros e segundos suplentes. Os representantes do CNS são indicados pelos segmentos de usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde.

Além do Ministério da Saúde, fazem parte do CNS movimentos sociais, instituições governamentais e não governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviços e entidades empresariais da área da saúde.

O CNS tem eleições a cada três anos para escolher seus membros, que podem se candidatar seguindo as regras regimentais. A presidência do órgão é eleita entre os próprios conselheiros e conselheiras.

Através da realização de conferências e fóruns de participação social, aprovação do orçamento da saúde e acompanhamento da sua execução e seguimento Plano Nacional de Saúde o CNS visa garantir o direito à saúde universal, integral, gratuita e de qualidade, conforme estabelece a constituição brasileira. Nesse sentido, destaca-se a realização das conferências nacionais de saúde, cuja realização é anterior à criação do CNS e do próprio SUS . A primeira conferência foi realizada em 1937. Elas reúnem as discussões ocorridas nas conferências estaduais e municipais a fim de garantir a representatividade local ao processo. Nessas conferências participam o setor público, gestores, prestadores de serviços privados, sociedade civil organizada e usuários do SUS, sendo importantes espaços para a promoção da gestão participativa e elaboração de propostas para aprimoramento do sistema.

É importante também destacar o papel dos conselhos estaduais e dos conselhos municipais de saúde, instâncias de gestão participativa ligada aos sistemas locais. Por sua maior proximidade com as realidades locais, incluindo as demandas e contexto migratório específico, essas instâncias são espaços relevantes para inclusão das pessoas migrantes na discussão e elaboração de políticas públicas de saúde. Alguns municípios já vêm trabalhando ativamente para a inclusão da pessoa migrante no processo de controle social do S US .

Para mai s informações sobre as atividades do C N S acesse a página do conselho no *link* : https://conselho.saude.gov.br/apresentacao-cns

Além das instâncias participativas do SUS, alguns estados e municípios estabeleceram conselhos, comitês e outras instâncias participativas para as políticas públicas para migrantes. Essas instâncias participativas, ao tratar de questões relacionadas à migração, abordam transversalmente as diversas áreas relevantes, incluindo os serviços de saúde. Nesses espaços realiz am-se debates e estabele cem resoluções e encaminhamentos para garantia de um sistema de saúde inclusivo aos migrantes. A criação do Conselho Municipal de Imigrantes (CMI) em 2016, na cidade de São Paulo, e o Conselho Estadual dos Direitos dos Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná são alguns dos exemplos. Estas medidas criam canais de participação social que possibilitam a integração de pessoas migrantes, de forma a se sentirem integradas e pertencentes ao cotidiano das cidades que se encontram (PEREIRA, 2017).

Referências

BAGGIO, R. C.; SARTORETTO, L. M. O processo de construção do novo marco legal migratório no brasil: entre a ideologia da segurança nacional e o direito humano a migrar. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v. 24, n. 3, p. 27-59, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990.

BUSINESS & HUMAN RIGHTS RESOURCE CENTRE. **Brasil**: conflitos entre brasileiros e venezuelanos se acentuam na fronteira. Disponível em: <https://www.business-humanrights.org/pt/brasil-conflitos-entre-brasileiros-e-venezuelanos-se-acentuam-na-fronteira>. Acesso em: 10 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Iniciação à Bioética**. Princípios da beneficência e não maleficência. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Manual de Ética em Ginecologia e Obstetrícia**. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53&cod_publicacao=6>. Acesso em: 12 mar. 2020.

DEUS, S. P. **O paciente migrante transplantado e a (re)significação do lugar através do tratamento humanizado**. 2008.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. Internation Migration Law. **Glossary on Migration**. Geneva: OIM, 2019. Disponível em: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

______. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Caderno, v.).

______. **Programa HumanizaSus**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-sangue/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Assistência às vítimas de tráfico de pessoas**: guia para profissionais de saúde. OIM: Genebra, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL PARA AS MIGRAÇÕES. Migraciones e Interculturalidad. **Guía para el Desarrollo y Fortalecimiento de Habilidades en Comunicación Intercultural**. Argentina: OIM, 2017. Disponível em: <https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/guia_migraciones.pdf>.

PEREIRA, A.; FONSECA, M. C. V. Além de números e estatísticas: o fenômeno migratório sob uma perspectiva ética. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar**, v. 2, n. 1, 2017.

PEREIRA, V. P. **Grupo Lakitas Sinchi Warmis**. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

RAMOS, N. Família e maternidade em contexto migratório e intercultural. *In*: **Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI**. Olhares Interdisciplinares. Porto Alegre: IPP/ESEP, 2012. p. 21-28.
RUZANY, M. H., GROSSMAN, E. (Org.). **Módulo de autoaprendizagem sobre interculturalidade, direitos humanos e gênero para a atenção à saúde de adolescentes e jovens**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2016. Disponível em : < http://www.adolec.uerj.br/wp-content/uploads/2018/01/modulo_interculturalidade.pdf>.

VASCONCELOS. L. M. **Mais Definições em Trânsito**. Universidade Federal da Bahia, [s.d.]. Disponível em : <http://www.cult.ufba.br/maisdefinicoes/INTERCULTURALIDADE.pdf>.

WALSH, Catherine. **Interculturalidad, Estado, Sociedad**: Luchas (de)coloniales de nuestra época. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2009. p. 61-158.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **Patient Safety**: making health care safer. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf;jsessionid=FABCD12B17B28D611883EE810AB42435?sequence=1>.